

Index of Claims				Application/Control No.		Applicant(s)/Patent under Reexamination	
				10/077,613		DAS ET AL.	
				Examiner		Art Unit	
				PHUOC H. DOAN		2687	
<input checked="" type="checkbox"/> Rejected <input type="checkbox"/> = Allowed		<input type="checkbox"/> - (Through numeral) <input type="checkbox"/> + Restricted		<input type="checkbox"/> N Non-Elected <input type="checkbox"/> I Interference		<input type="checkbox"/> A Appeal <input type="checkbox"/> O Objected	
Claim	05	06	07	Date			
Final	Original						
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Claim		Date	
				Final	Original		
				51			
				52			
				53			
				54			
				55			
				56			
				57			
				58			
				59			
				60			
				61			
				62			
				63			
				64			
				65			
				66			
				67			
				68			
				69			
				70			
				71			
				72			
				73			
				74			
				75			
				76			
				77			
				78			
				79			
				80			
				81			
				82			
				83			
				84			
				85			
				86			
				87			
				88			
				89			
				90			
				91			
				92			
				93			
				94			
				95			
				96			
				97			
				98			
				99			
				100			